

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 Juillet 1907 à 1 heure.

Par **Fernand BÉDRUNE**

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique
Né à Bagnac (Lot), le 3 décembre 1881

GRIPPE ET SUITES DE COUCHES

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS, professeur.
MAUCLAIRE et WALLICH, agrégés.*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553005_0060

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 Juillet 1907 à 1 heure.

Par **Fernand BÉDRUNE**

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique
Né à Bagnac (Lot), le 3 décembre 1881

GRIPPE ET SUITES DE COUCHES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { MM. RECLUS, professeur.

MAUCLAIRE et WALLICH, agrégés.



PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen			M. DEBOVE.
Professeurs			MM.
Anatomie.			N...
Physiologie			Ch. RICHET
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.			GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale			HUTINEL.
Pathologie chirurgicale			BRISSAUD.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			CORNIL.
Operations et appareils			N....
Pharmacologie et matière médicale.			SEGOND
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			DEJERINE.
			ROGER.
			HAYEM.
Clinique médicale.			DIEULAFOY.
			DEBOVE.
			LANDOUZY.
			GRANCHER.
Maladies des enfants			
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.			RAYMOND.
			LE DENTU.
Clinique chirurgicale.			TERRIER.
			BERGER.
			RECLUS.
Clinique ophtalmologique.			Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.			ALBARRAN.
Clinique d'accouchements			N.....
Clinique gynécologique			PINARD.
Clinique chirurgicale infantile			POZZI.
Clinique thérapeutique			KIRMISSON.
			A. ROBIN.
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat).
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BRUCA (André)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ce travail comme faible témoignage de
ma profonde affection et de mon inaltérable
reconnaissance.*

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS :
MOREL-LAVALLÉE, FELIZET, VILLEMIN,
DUFOUR, DANLOS

A MONSIEUR LE D^r WALLICH

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, nous ne saurions oublier ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux ; nous ayant donné le meilleur d'eux-mêmes, s'étant dépensé pour nous sans compter il est juste qu'ils aient droit à tous nos remerciements, c'est pour nous un devoir bien doux à remplir que celui-là et nous ne saurions y manquer.

Il fut d'abord un maître dont nous nous rappelons particulièrement car ce fut lui qui dirigea nos premiers pas au début de nos études, nous voulons parler du professeur TILLAUX. Ce fut en effet dans son service comme bénévole que nous primes goût à la médecine. Étant alors un peu timide, comme l'est tout jeune étudiant, ne connaissant pas suffisamment nos aînés, il nous fallait un maître qui ne nous inspire aucune crainte ; nul mieux que le professeur Tillaux n'était placé pour cela. Devant cette figure si franche, si gaie, si ouverte, on se sentait complètement

à l'aise. Nous devons à sa mémoire de lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

Durant notre première année d'externat nous avons d'abord été attachés au service de M. le D^r MOREL-LAVALLÉE à la Charité. Sa santé, malheureusement, ne lui permettait pas d'être avec nous aussi souvent qu'il le désirait. Nous gardons néanmoins un excellent souvenir de ses leçons à la fois piquantes et originales.

M. le D^r FELIZET, chirurgien à Bretonneau, et M. VILLEMEN, alors son assistant, nous n'aurions non plus garde de les oublier. C'est en effet dans ce service d'enfants que nous avons passé notre deuxième année d'externat et les quelques notions de chirurgie infantile que nous possédons nous les devons à ces maîtres. M. le D^r FELIZET a surtout droit à toute notre gratitude car il se montra dans maintes circonstances de notre vie privée particulièrement bienveillant à notre égard.

Successivement au Bastion 27 et à l'hôpital Claude Bernard M. le D^r DUFOUR nous a initiés à l'étude des maladies contagieuses avec un grand sens clinique.

M. le D^r DANLOS dont nous avons été ensuite l'externe nous a également fait profiter de sa longue expérience dermatologique. L'étude de la dermatologie qui, pour beaucoup, paraît aride et dénuée d'intérêt nous a paru avec un tel maître très intéressante.

Enfin nous remercierons doublement M. le professeur PINARD, d'abord pour le temps trop court

hélas ! passé dans son service, ensuite pour nous avoir fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Ce maître nous a enseigné l'art des accouchements avec un dévouement qui n'avait d'égal que sa patience. C'était un vrai régal pour tous que ces leçons magistrales du lundi et du vendredi et ces petits entretiens de chaque jour et je ne sais ce qu'il nous fallait le plus admirer de l'éloquence du maître ou de son grand sens clinique.

C'est dans ce service que M. le professeur agrégé WALlich a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse. Il a particulièrement droit à toute notre reconnaissance. Non content de nous avoir servi de maître dévoué et affable, il a bien voulu nous inspirer et nous guider dans la rédaction de ce travail. Il ne nous a pas ménagé ses conseils et si cette œuvre modeste a pu jeter quelque lumière nouvelle dans l'état actuel de la science c'est à lui qu'en revient la meilleure part.

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons de traiter est dû à la pensée de notre maître, M. le professeur agrégé Wallich. Ayant remarqué au cours des leçons qu'il nous faisait à la clinique Baudelocque au lit des nouvelles accouchées que plusieurs avaient de la grippe, mais une grippe bénigne, légère, sans localisations bien marquées, qui aurait pu prêter à confusion tout d'abord avec l'infection puerpérale; il nous pria de recueillir toutes les observations analogues que nous trouverions et fit ensuite une intéressante communication à la Société d'obstétrique le 11 mars 1907 s'attachant à démontrer la nécessité qu'il y aurait pour le praticien à formuler un diagnostic exact.

Tel a été le point de départ de notre travail. Nous le diviserons en trois chapitres. Dans un premier chapitre nous ferons l'historique de la question; dans

un deuxième nous essaierons de discuter le diagnostic; dans le troisième nous parlerons du traitement. Nous terminerons enfin en citant un certain nombre d'observations provenant du service de M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La presque totalité des auteurs anciens ont parlé de grippe et grossesse, très peu de grippe et de suites de couches. Nous allons néanmoins les passer en revue.

Hippocrate nous dit dans le V^e livre de ses *Aphorismes* : « Mulierem utero gerentem capi ab aliquo morbo acuto lethale est », chez une femme enceinte toute maladie aiguë est mortelle.

Nous sommes ensuite obligé d'arriver à Valesco de Tarente au xv^e siècle : « Sur tous les maux, dit-il, la toux estoyait cruelle à tous les jours et nuits, qu'aucuns hommes par force de toussir estoyaient rompus toute leur vie par les génitoires, et aucunes femmes qui estaient grosses, qui n'estoyaient pas à terme, ont eu leurs enfants sans compagnie de personne par force de toussir, qu'il convenait secourir à grand martyre, mère et enfant, et quand on venoyait sur la guérison, ils jettoyaient grand foyson

de sang par la bouche, par le nez et par-dessous, qui moult les ébahissait et néanmoins personne ne mourust. »

Au même moment, Schnurer nous raconte que la toux était si violente au point de déterminer les ruptures et l'avortement.

Vers 1557, Forest est du même avis que Schnurer et considère la grippe comme une cause fréquente d'avortement.

En 1621, Charles Guillemeau pouvait écrire : « L'un des plus fâcheux et presque insupportables accidents qui peuvent advenir à la femme grosse, est la toux, laquelle étant violente souvent, cause douleurs de teste, de costez, flanc et ventre, apporte des vomissements et des veilles sans pouvoir aucunement dormir n'y reposer pour la grande concussion et agitation qui se fait de tout le corps, ce qui met souvent la mère en danger d'accouchement avant le terme ordinaire. »

Ambroise Paré mentionne les fièvres aiguës et les grandes toux en énumérant les causes de l'avortement.

En 1661, Pasquier nous dit aussi qu'à la date de 1441 il y eut beaucoup de femmes à Paris qui accouchèrent avant terme.

D'après Bartholin la constitution de l'année 1672 fut froide et humide à Copenhague : « la plupart des femmes enceintes qui furent atteintes de la fièvre qui prédominait, avortèrent ou rendirent leur enfant mort ou succombèrent d'elles-mêmes. »

En 1675, Peu rapporte que la grippe fit beaucoup de ravages, elle atteignit surtout les femmes enceintes si bien que beaucoup moururent d'avortement avec métrorrhagie ou de fluxion de poitrine.

Voici ce que dit Mauriceau en 1694 dans son *Traité des maladies des femmes grosses* : « La femme grosse évitera particulièrement l'air qui est trop froid et plein de brouillard, parce que causant de grands rhumes et des distillations sur la poitrine il excite la toux, qui par un subit et impétueux mouvement, faisant de puissants efforts qui poussent en bas peut causer l'avortement de la femme... Si la toux est violente comme elle est quelquefois jusqu'à faire vomir, c'est un des plus dangereux accidents qui contribuent à l'avortement ; d'autant plus que par son effort les poumons cherchent à rejeter hors de la poitrine ce qui leur nuit, il se fait une contraction de tous les muscles de la respiration, qui pressant fortement par cette action l'air enfermé au dedans, dont les poumons sont tout gonflés, poussant ainsi par même moyen avec violence subite, le diaphragme et par conséquent toutes les parties du bas ventre, mais particulièrement la matrice de la femme grosse qu'elle en reçoit une telle commotion... Nous pouvons dire en général que toute maladie aiguë fait facilement avorter la femme grosse : d'autant qu'elle tue son enfant, lequel étant mort ne peut rester longtemps dans la matrice, ce qui met aussi la femme en grand danger de la vie, la faisant périr peu de temps

après être avortée ou même devant, avec son enfant dans le ventre. »

C'est également l'avis de Dionis en 1718 : « Ces grosses maladies comme les fièvres aiguës, les fluxions de poitrine, les petites véroles font avorter presque toutes les femmes qui en sont surprises étant grosses, on les peut compter pour mortes, car elles ont pour lors l'avortement et la maladie à combattre, auxquels il leur est impossible de résister, quoique la médecine leur prête tous les secours qu'elle est capable de donner. »

Au même siècle en 1753, Levret dans son *Art des Accouchements*, nous parle des accidents et complications qui peuvent survenir à la femme enceinte du fait de la respiration et de la toux :

Pendant l'épidémie de 1761 relatée par Backer, beaucoup de femmes grosses atteintes d'influenza accouchaient avant terme.

Baudelocque, dans son *Art des Accouchements* en 1781, s'exprime de la sorte : « Quelquefois l'avortement est la suite des maladies aiguës ou chroniques de la mère, de la pléthore sanguine ou de la disette des aliments, de la toux et des efforts de vomissements.

Une année plus tard Strack rapporte dans sa thèse l'observation d'une femme atteinte de grippe accouchée au troisième jour de sa maladie.

En 1802, Cari est d'avis que l'influenza a atteint principalement la classe pauvre, celle des ouvriers et des femmes enceintes.

Des avortements et des métrorrhagies sont signalés par Gluge durant l'épidémie de 1803 et plus tard vers 1836 le même auteur cherche à démontrer dans sa *Monographie* l'action élective de l'inflammation sur la muqueuse de l'utérus.

D'après Lereboullet, en 1837 l'influenza avait une évolution plus longue et plus sérieuse chez les femmes enceintes, il s'ensuivait des avortements et des hémorragies utérines. A Strasbourg où il observait il y eut même un cas de mort chez une femme au septième mois, qui avait eu une pneumonie double au cours de la grippe.

Vers le milieu du xix^e siècle quelques auteurs ne s'en tiennent pas seulement à grippe et grossesse, ils parlent aussi de l'influence néfaste que peut avoir l'influenza dans les suites de couches, c'est ainsi que Hauff, en 1837, considère que cette maladie est surtout dangereuse aux femmes en couches chez lesquelles elle détermine l'apparition de pneumonies infectieuses graves.

En 1859, dans un article intitulé : *De l'influence de la grippe sur l'état puerpéral*, Lavirotte croit à cette influence et explique ainsi les complications survenues pendant les suites de couches chez les femmes qu'il eut à soigner.

Nous sommes ensuite obligés de passer en 1872, où Proust croit et affirme que la grippe semble agir d'une façon défavorable sur la grossesse et ses suites.

Lehmann en 1890 rapporte l'opinion de Bonnemaison qu'il y a une identité complète au point de

vue de l'origine entre les fièvres puerpérales, purulentes, typhoïdes, les érysipèles, certaines pneumonies et en général toutes les affections malignes.

La même année Hennig eut à soigner dix femmes en couches, deux succombèrent dont une six jours après un accouchement normal des suites d'une faiblesse cardiaque et l'autre atteinte au dernier mois de la grossesse mourut huit jours après un accouchement laborieux et pénible avec les symptômes du scorbut.

Littauer communique le cas d'une femme qui le lendemain de l'accouchement fut prise d'influenza, les localisations pulmonaires mirent trois semaines à guérir.

En 1892, Labadie-Lagrave rapporte qu'au cours des suites de couches la grippe se complique tantôt de phlegmon du ligament large, tantôt de phlegmatia. Elle prédispose à l'infection puerpérale, l'involution utérine est retardée, la sécrétion lactée amoindrie et il y a une diminution notable des lochies. Voici une de ses observations où la grippe affecta une forme particulièrement grave.

Observation I (LABADIE-LAGRAVE).

L... 25 ans, perleuse, toujours bien portante dans son enfance. Fièvre typhoïde à 22 ans. Quatre accouchements à terme et deux avortements. Le dernier enfant est venu à terme.

19 novembre 1891. — A 7 mois 1/2 de sa septième grossesse, cette femme éprouve brusquement, à la suite de grandes fatigues, une courbature généralisée avec céphalalgie, coliques et forte diarrhée. Elle est obligée de s'aliter. Les jours suivants, la courbature persiste, la diarrhée augmente (jusqu'à 12 selles par jour) et la fièvre s'allume accompagnée de frissons répétés. Enfin, dans la soirée du 28, la malade ressent les premières douleurs du travail et est transportée à la maternité.

Pendant la nuit, elle est prise d'un violent frisson; suivi d'un stade de chaleur, puis de sueur avec 40° et 120 pulsations.

A 6 h. 1/2 du matin, accouchement spontané d'un enfant vivant de 2.050 grammes.

Les jours suivants, la température oscille entre 36°4 et 39°2. La diarrhée persiste et chaque jour présente un ou deux frissons.

Le 6 décembre. — C'est-à-dire une semaine après l'accouchement, apparaissent deux nouveaux symptômes, la toux et les vomissements.

Le 8, au soir. — Température : 41°.

Le lendemain matin, la malade est passée dans le service de médecine.

État général adynamique. Facies blafard. Langue sèche. Rien du côté de l'abdomen, ni au palper, ni au toucher. Lochies normales. Murmure vésiculaire rude et sans râles. Pas de dyspnée notable. Battements du cœur forts et réguliers. Urinés légèrement albumineuses. En somme, aucune localisation appréciable.

Les jours suivants, les grandes oscillations thermiques persistent, le pouls atteint jusqu'à 170 pulsations : les fris-

sons, les vomissements, la diarrhée persistent également.

Le 15 décembre. — Aux symptômes précédents vient s'ajouter une notable dyspnée sans cause clinique appréciable, qui cède aux ventouses sèches et aux inhalations d'oxygène.

Le 21. — Vive douleur dans l'hypochondre droit; deux jours plus tard, le visage prend une coloration franchement ictérique. Au-dessous des fausses côtes droites à peu près au niveau du fond de la vésicule biliaire, on sent une tuméfaction difficile à analyser; étant donné l'extrême sensibilité de la région.

La fièvre persiste toujours avec ses grandes oscillations, toujours avec un ou deux frissons par jour. La malade tombe dans le collapsus, une escarre de forme au sacrum, et la mort survient du 27 au 28.

L'autopsie ne put être pratiquée. On dut se contenter, après incision d'un espace intercostal, de puiser un peu de sang dans le cœur droit. Il contenait une culture pure de streptocoques.

Dans cette observation la grippe avait débuté avant l'accouchement.

Charpentier nous apprend que la grippe se déclare rarement chez les enfants et que, dans tous les cas, elle est bénigne.

En 1894, Vinay, dans son *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, nous dit que chez les femmes en état puerpéral l'influenza paraît présenter une allure particulière et une gravité spéciale qui résultent de l'action directe du poison grip-pal sur l'utérus et son fonctionnement menstruel. Il

signale les hémorragies et les rechutes d'endométrite et de salpingite.

Pour Rufié la grippe favorise l'éclosion des accidents des suites de couches. Voici une de ses observations intéressante à plusieurs titres.

Observation II (RUFIE).

*Infection immédiatement après l'accouchement. Mort
de l'enfant.*

Femme G..., ménagère, I-pare.

Bons antécédents de famille et personnels.

Depuis son enfance, elle n'a eu qu'une maladie, fièvre muqueuse en 1891, à 21 ans, crise de durée, d'origine probablement grippale.

Elle s'est bien portée après.

Cette femme accouche pour la première fois en janvier 1893 d'un enfant vivant à terme.

Présentation céphalique ; travail de la parturition prolongé par la résistance du périnée. Application facile du forceps : délivrance spontanée et complète.

Précautions antiseptiques prises par l'accoucheur. Dans la nuit qui suit la délivrance, l'accouchée sent des frissons et des maux de tête, la température s'élève rapidement et dépasse 39°. La région utérine devient sensible à la pression et les lochies grisâtres et fétides.

Le sulfate de quinine est administré et des injections intra-utérines au sublimé sont données.

La mère se relève de ses couches affaiblie et gardant de

son état puerpéral une involution utérine incomplète et des symptômes de métrite, douleurs avec écoulement leucorrhéique.

La semaine avant la parturition, cette femme avait eu des frissons, de la fièvre, de la courbature, signes d'infection grip-pale.

Après la naissance une raideur tétanique s'empare de l'enfant. Il refuse le sein et la cuiller. Aucun acte de déglutition n'est possible. Malgré l'enveloppement ouaté, il meurt le troisième jour.

Queirel de Marseille qui a étudié la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité est d'avis que le diagnostic peut rester en suspens.

L'observation suivante le prouve, on a hésité un moment entre variole et infection puerpérale.

Observation III (QUEIREL).

Femme R..., 25 ans, gardait le lit pour grippe depuis le 28 février 1895. Elle entre en travail à la maternité. Rupture des membranes. La fièvre s'allume le troisième jour. Nous nous demandons si ce n'est pas une variole à cause des rash sur le thorax et l'abdomen. Le cinquième jour voyant la température dépasser 39°, injection intra-utérine par précaution, mais le lendemain température à 40°.

Frictions avec de la térébenthine. Oxyde blanc, la température baisse et ne monte plus.

En 1895 Seguell donne comme titre à sa thèse

inaugurale : *De la grippe dans ses rapports avec la grossesse, les accouchements, les suites de couches et les maladies de l'appareil génital de la femme.*

Une femme en couches peut être atteinte de grippe légère et alors les symptômes morbides sont à peine marqués : légers frissons, céphalalgie, enchifrènement, abattement, quelquefois coryza et toux. Le pouls et la température présentent une légère augmentation progressive ou à peine au-dessus de la normale.

Quelquefois la température tombe après l'accouchement pour remonter ensuite. Il s'agit de grippe maligne avec manifestations pulmonaires.

Il soutient aussi que la grippe est exceptionnelle chez le nouveau-né qui jouirait d'une certaine bénignité de la maladie. En cas de contagion le bébé présenterait un abaissement de température, du coryza, de l'enrouement, de la diarrhée, de l'amaigrissement et de la somnolence.

Je note dans sa thèse l'observation suivante de M. le D^r Rémy, de Nancy, observation très intéressante et qui nous montre, une fois de plus, que le diagnostic est souvent hésitant.

Observation IV (RÉMY, de Nancy).

M^{me} L... accouche pour la deuxième fois en janvier 1892. Je suis appelé pour la période d'expulsion. Expulsion normale d'un garçon vivant. Délivrance normale. Cette dame ressentit un grand chagrin quand elle s'aperçut qu'elle avait

un deuxième fils. Le lendemain, je la trouvai avec un violent mal de tête et me dit avoir eu un frisson après sa toilette. Le thermomètre marque 39°8, coliques et douleurs. Lochies peu abondantes, normales d'apparence. Je fais mettre un cataplasme laudanisé, fais donner des injections antiseptiques et prescris de la quinine.

La température reste élevée et le mal de tête violent. Le lendemain il y avait une forte fluxion mammaire, mais la fièvre et la céphalalgie persistèrent. Le facies ne rappelait en rien l'infection puerpérale. Le ventre s'était calmé, il y avait seulement un peu de sensibilité au niveau de la corne gauche, de l'utérus. Comme on était en pleine épidémie d'influenza, je pensai que nous avions à faire à de l'influenza. Je prescrivis de l'antipyrine malgré mes craintes pour la lactation. Quatre grammes en vingt-quatre heures abaissèrent la température et calmèrent les douleurs de tête. Le lendemain 38°, antipyrine, lochies rosées, plus abondantes, ventre souple. Rien de particulier ensuite. Mort de l'enfant de complications pulmonaires vraisemblablement.

Enfin nous arrivons au travail le plus intéressant qui ait été fait sur la question, nous voulons parler du travail de Bar et Boullé qui a servi de point de départ à la thèse de M^{lle} Schirsky.

En 1898, M. le Dr Bar a suivi 40 femmes grippées durant les suites de couches, dont 30 accouchées sous l'influence d'infection grippale et 10 qui n'avaient eu auparavant aucun accident.

Chez 22 des premières il n'y eut à déplorer aucun incident, dans les 8 autres cas il y eut des accidents.

Dans 1 cas les accidents grippaux furent légers, mais il y eut des signes d'infection utérine auxquels la grippe ne fut pas étrangère.

Dans 4 cas il n'y eut, à aucun moment, des signes d'infection génitale mais des accidents graves dus à la grippe: il y eut à déplorer une mort dans un premier fait et dans un deuxième cas la femme fut très malade.

On peut donc, de par la seule grippe, sans intervention d'aucune infection génitale, voir survenir pendant les suites de couches, non seulement des pneumopathies, mais encore une infection généralisée caractérisée par de la phlébite, sans qu'aucun accident infectieux se produise du côté de l'appareil génital.

Dans les cas suivants, il y eut à la fois, infection génitale, pulmonaire et générale, il y eut en un mot infections associées.

Observation V (BAR ET BOULLÉ).

C'était une femme Pré..., arrivée à la fin de sa grossesse. Deux jours avant son accouchement elle fut atteinte de grippe qui sembla au début n'être passagère, la fièvre était peu marquée : 37°6. Il y avait une angine modérée, la toux était peu intense ; à l'auscultation on ne trouvait dans les poumons que de gros râles de bronchite. L'accouchement se fit normalement. Mais au bout de vingt-quatre heures, la température s'éleva brusquement à 40°, la suffocation est vive,

le pouls est rapide et faible, l'urine contient de l'albumine. Dès cet instant, l'état de la femme était grave. Dans les jours qui suivirent, on constata les progrès rapides d'une pneumopathie qui commença par le poumon droit, atteignit dès le troisième jour le poumon gauche et se généralisa rapidement dans les deux poumons. Les crachats contenaient du pneumocoque. Cependant le cœur avait vite faibli, le pouls incomptable et présentait des intermittences ; il y avait de la cyanose et des accès de suffocation répétés. Vers le neuvième jour, la température s'abaisse, mais l'état général resta mauvais et la malade s'éteignit le quatorzième jour.

Pendant ce temps, il n'y eut à aucun moment d'infection génitale. A l'autopsie on trouva une pneumonie double, l'utérus était indemne.

Observation VI (BAR ET BOULLÉ).

La nommée Rom..., était hospitalisée à Tarnier depuis vingt jours quand la grippe éclata chez elle.

C'était une femme de 38 ans qui, depuis de longues années, était atteinte de bronchite chronique, mais dont l'état général était bon. La grippe chez elle commence par une épistaxis violente, la céphalée était peu intense, il y eut des douleurs lombaires vives, du coryza, une toux plus marquée, mais il n'y eut pas de fièvre et l'état général resta bon.

L'accouchement se fit vingt-huit jours après le début de la grippe. A ce moment il y avait encore de la toux ; à l'auscultation en outre de son emphysème, on entend de gros râles dans le poumon. L'accouchement se poursuivit norma-

lement, il y eut seulement une hémorragie de la délivrance (500 gr. de sang pesé). Dans les jours qui suivirent on constata des signes d'infection utérine de faible intensité, mais l'état général devint très rapidement grave, il y eut de l'arythmie au cœur, de l'asphyxie, des signes de congestion pulmonaire.

Les crachats contenaient des pneumocoques, la malade succomba le quinzième jour.

A l'autopsie, l'examen des cornes montra qu'il n'y avait pas de pus dans les tenies. Il y avait une endocardite végétante sur la mitrale. Le sang contenait des pneumocoques et il y avait des couennes sur le col.

Observation VII (BAR ET BOULLÉ).

Femme Lec..., la grippe commença la veille de l'accouchement, la toux était quinteuse, la céphalée intense, il y avait quelques ronchus dans les poumons. Pendant deux jours les suites de couches semblèrent régulières et les accidents grippaux ne s'aggravèrent pas. Mais le deuxième jour, il y eut deux frissons, la température monte à 40°4, en même temps la gorge est rouge et dès le lendemain on trouvait un début de pneumonie à droite, tandis que des couennes apparaissaient à la vulve dans le vagin et sur le col. Lochies fétides. On trouva des pneumocoques et des streptocoques. Ces deux infections évoluèrent parallèlement, la pneumonie droite se compliqua de congestion pulmonaire gauche. Pendant cinq jours le pouls fut très rapide, la malade présenta un facies asphyxique très marqué. En même

temps les couennes qui existaient sur la vulve, le vagin et le col se reproduisaient malgré un traitement actif. Au neuvième jour, l'état s'améliora et la convalescence s'établit rapidement.

Dans ce dernier cas il y eut infection génitale surajoutée, mais la malade guérit.

Quant aux dix femmes qui eurent la grippe après l'accouchement, chez cinq d'entre elles, les accidents furent légers, (angine, bronchite et convalescence). Le début dans ces cas s'était produit du premier au sixième jour après la délivrance.

Chez les cinq autres, les accidents furent sérieux. Il y eut une pneumonie droite avec température élevée, mais les accidents s'amendèrent vite. Dans ce cas le début remontait au troisième jour après l'accouchement. Dans deux autres faits, où la grippe avait fait son apparition le septième et le quatrième jour du *post-partum* il y eut une pneumonie grave, mais pas d'infection utérine.

Les femmes avaient subi l'opération de la symphysectomie dans les deux derniers cas. Toutes deux eurent une pneumonie grippale à pneumocoques, mais dans un de ces cas il y eut infection de la vulve, du vagin et du col. Les deux malades eurent une phlegmatia, mais se rétablirent.‡

D'après Bar et Boullé tous ces faits montrent que la grippe est grave pendant les suites de couches, car dans 26 0/0 des cas on observa après l'accouchement des accidents très graves et dans un seul de ces

faits l'aggravation pouvait être prévue avant l'accouchement. « Les chiffres prouvent que si au cours de la grossesse, les accidents grippaux peuvent revêtir un caractère sérieux, les chances d'aggravation et d'infection généralisée sont encore plus grandes pendant les suites des couches. La proportion des faits dans lesquels la grippe d'allure légère avant l'accouchement n'a affecté une marche grave qu'après la délivrance le démontre. »

D'autre part M¹¹⁰ Schirsky nous dit « qu'en général les suites de couches ne sont pas influencées par la grippe d'une façon fâcheuse » ; si la maladie prend une acuité particulière c'est parce qu'il y a eu probablement de l'infection auparavant et parce que les accouchées « forment un terrain favorable où volontiers va pulluler le pneumocoque ou le streptocoque. »

Le diagnostic de grippe peut présenter quelques difficultés, et elle ajoute, sous toutes réserves, que la grippe favorise l'apparition de la fièvre puerpérale.

Maucotel, dans sa thèse de 1899, nous raconte que l'influenza est souvent une cause d'avortement, abrège la durée du travail et la vitalité des enfants est singulièrement compromise par la grippe de la mère.

Disons aussi que Rigal, dans sa thèse de 1902, prétend que la lymphangite du sein est souvent une cause d'erreur de diagnostic de l'infection puerpérale. C'est un diagnostic excessivement délicat. « Cependant, dit-il, lorsque dans les premiers jours de l'accouchement une femme se présente à nous avec de

la fièvre, un pouls petit, fréquent, il y a très probablement infection utérine. »

Pour terminer avec l'historique de la question, nous signalerons la communication de M. Wallich à la Société d'obstétrique nous contentant d'en faire mention, nous réservant d'en parler plus au long dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DE LA GRIPPE AU COURS DES SUITES DE COUCHES

Ainsi qu'il résulte des recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livrés, la plupart des auteurs anciens ont traité grippe et grossesse, plus près de nous quelques-uns, il est vrai, ont parlé de grippe et de puerpéralité, mais ils ont fait allusion à des gripes sérieuses, graves, ne laissant pas de doute sur le diagnostic, démontrant par là quelle était la gravité de la grippe en tant que maladie infectieuse au cours de la grossesse, des accouchements ou des suites de couches.

Ce que nous voulons surtout, c'est étudier le diagnostic des cas légers de grippe dans le *post-partum* et les mettre en parallèle avec les cas légers d'infection puerpérale. Ce sera ainsi une façon d'éviter une intervention inopportune sur les organes génitaux.

Dans son intéressante communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiâtrie, le

11 mars 1907, notre maître, M. le professeur agrégé Wallich, a cherché à démontrer qu'il était possible d'arriver à ce diagnostic, et il a résumé pour sa démonstration les observations que nous avons nous-même recueillies sous sa direction.

On ne doit pas confondre, dit-il, les manifestations de la grippe avec les accidents dus à une infection utérine.

Dans les formes graves les localisations de cette affection mettront sur la voie du diagnostic, mais dans les formes légères sans localisations marquées, le diagnostic sera difficile. Toutefois le diagnostic, sera encore facile si la grippe est antérieure à l'accouchement, mais difficile dans les suites de couches surtout quand les manifestations pulmonaires sont légères ou même font défaut.

Tantôt la température rappelle les oscillations de l'infection puerpérale, tantôt elle se termine en pointe simulant de tous points la lymphangite mammaire. L'absence de symptômes locaux du côté des organes génitaux ou des seins ne suffit pas dans ces circonstances pour éliminer le diagnostic d'infection utérine ou mammaire. C'est alors que le pouls sera intéressant.

Dans l'infection, le pouls est fréquent avec l'élévation de température, et cette fréquence persiste même après l'abaissement de la température. Ainsi, quand le thermomètre marque 38° ou 39°, le pouls est à 120 ou au-dessus, et il demeure à 100 avec une température de 38°, 37° ou au-dessous.

Dans la grippe les choses se passent différemment, le pouls est élevé en même temps que la température, mais il se ralentit en même temps que cette dernière baisse, de plus, cette accélération qui accompagne les élévations de température semble moins marquée que dans l'infection puerpérale.

Le faisceau d'observations que M. Wallich apporte et qui est consigné à la fin de ce travail peut être divisé en trois groupes: 1° grippe seule; 2° grippe et infection puerpérale; 3° infection puerpérale seule.

Dans le premier groupe, 2 femmes sur 5 avaient avant leur accouchement de la fièvre et de la bronchite (*obs. VIII et XI*); chez les 3 autres, la fièvre, avec un peu de bronchite n'a fait son apparition que le cinquième ou sixième jour, alors que la courbe thermique était restée jusque-là parfaite. Le pouls a atteint 120 pulsations quand le thermomètre a dépassé 40°, mais il s'est maintenu plus souvent à 100 ou 108 pendant que la température se maintenait entre 39° et 40°, tombant entre 80 ou 90 lors des rémissions (*obs. IX, X et XII*). Dans tous les cas, le diagnostic d'infection a été éliminé. Chez une de ces femmes (*obs. X*) la courbe présente deux clochers, rappelant les oscillations brusques suivies de chute qu'on observe dans la lymphangite du sein.

Dans le deuxième groupe, il y a eu grippe et infection légère dans deux cas. Dans l'un, la femme avait subi une application des forceps (*obs. XIV*), dans l'autre (*obs. XIII*) une basiotripsie avait été jugée nécessaire. Dans ces deux observations, la température

n'a pas atteint 39° et le pouls n'a pas dépassé 116, mais il s'est maintenu à cette fréquence, alors que le thermomètre oscillait entre 37° et 38° et même entre 36° et 37°, et cela depuis le moment de l'accouchement.

Il y a eu infection dans deux cas (*obs. XV et XVI*). Chez ces deux femmes, le pouls s'est élevé jusqu'à 120, 128, 140 et s'est maintenu au-dessus ou aux environs de 100, alors même que la température n'atteignait pas 38° ou restait au-dessous de 37°.

Il semble donc que dans les observations de grippe simple, l'accélération du pouls soit moins persistante que dans l'infection puerpérale, mais cette physionomie du pouls dans la grippe, au cours des suites de couches, ne peut évidemment être considérée comme absolument caractéristiques de cette affection dont les formes sont si multiples et si mal déterminées.

M. Wallich termine sa communication à la société d'obstétrique, en ajoutant quelques réflexions sur le traitement et sur la direction de l'allaitement dans ces circonstances; nous y reviendrons plus loin.

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Doléris prétendit que les signes généraux et thoraciques et la notion d'épidémicité suffisaient à établir le diagnostic; il n'est pas nécessaire selon lui, de se baser pour cela sur la fréquence plus ou moins grande du pouls. En outre, l'administration du sulfate de quinine par l'amélioration vient confirmer le diagnostic.

A cela nous répondrons que le diagnostic s'impose en effet dans les cas graves, mais c'est dans ces cas de grippe insidieuse sans manifestations pulmonaires, sans signes sthétoscopiques que le diagnostic sera hésitant. De plus, avant l'administration même du sulfate de quinine ainsi que nous l'avons remarqué à la clinique Baudelocque chez les femmes atteintes de grippe, le pouls était ordinairement moins fréquent que dans l'infection puerpérale.

M. Lepage fit quelques réserves. Suivant lui, le pouls est plutôt un élément de pronostic que de diagnostic, et il cite d'une part le cas d'une jeune primipare qui malgré des signes indubitables d'infection utérine ne présenta pas un pouls au-dessus de 90, et d'autre part le cas d'une deuxième primipare grippée dont le pouls était cependant assez fréquent.

D'accord avec M. Wallich, nous répondrons à M. Lepage que c'est précisément en nous instruisant sur le diagnostic que la fréquence du pouls peut nous conduire à modifier le pronostic. Les exceptions n'infirmen en rien notre façon de voir. Il est certain que parfois le pouls de la grippe est très fréquent (Huchard); qu'il peut y avoir selon Valleix dissociation du pouls et de la température, mais le plus souvent le pouls de la grippe est un pouls mou, sans résistance, souvent ralenti (Landau); enfin il y a plus souvent bradycardie que tachycardie.

M. Bouffe de Saint-Blaise prend part à cette discussion pour dire que le pouls ne peut être d'un

grand secours dans le diagnostic, car il a curetté pour môle hydatiforme une jeune femme qui dans les jours suivants présenta un pouls élevé et néanmoins une angine grippale vint, chez cette malade, éloigner l'idée d'infection.

Mais c'est là un fait isolé et il pouvait très bien s'être produit dans ce cas un mélange de grippe et d'infection.

M. Oui vint ensuite relever, dans les tracés mêmes présentés par M. Wallich, quelques faits en contradiction avec l'opinion qu'il défend.

Quelques erreurs peuvent en effet être commises, il est rare que les auteurs relèvent eux-mêmes leurs températures, et c'est ainsi qu'il est bon de contrôler soi-même par le pouls l'authenticité des courbes.

Quoiqu'on en dise, la fréquence du pouls dans l'infection puerpérale est manifeste, nous avons pu nous en rendre compte nous-mêmes à la clinique Baudelocque (*obs. XV et XVI*) et l'opinion de M. Wallich a rallié de nombreux partisans.

M. Champetier de Ribes est d'avis en effet que la fréquence du pouls a une grosse importance dans le diagnostic d'infection puerpérale et qu'il est souvent plus important à considérer que la température.

Nous pouvons donc conclure avec notre maître, M le professeur Pinard, qui intervint dans la discussion pour dire que le pouls a une signification toute particulière dans l'infection puerpérale.

Fréquent quelquefois dans les cas graves de grippe, il ne l'est point dans les cas légers que nous traitons

et ne présente pas avec la température le parallélisme noté dans l'infection puerpérale.

La grippe au cours des suites de couches doit donc être distinguée de l'infection puerpérale. A part les caractères du pouls que nous venons de donner, on se basera pour éliminer le diagnostic d'infection utérine ou mammaire, sur l'absence de symptômes locaux du côté de l'abdomen, l'écoulement régulier des lochies, le bon état des seins.

Le diagnostic positif de grippe se fera d'après la brusquerie pathognomonique du début, la rachialgie, la céphalalgie, les douleurs oculaires, temporales ou irradiées aux membres, l'angoisse, le point de côté, la sensation de faiblesse, la langue opaline porcelainée, la dyspnée. La malade toussera, à l'auscultation on entendra des râles de bronchite ou de congestion, quelquefois il se déclarera une pneumonie grippale qui aggravera singulièrement le pronostic.

Toutefois il est bon de ne pas oublier que le pouls de la grippe peut garder sa fréquence après la chute de la fièvre (tachycardie prolongée), mais c'est là un fait rare et dans ce cas le diagnostic aura déjà été posé depuis bien longtemps.

Le diagnostic d'influenza au cours des suites de couches est encore à faire avec la fièvre typhoïde et la tuberculose pulmonaire.

Gasparini a décrit une forme typhoïde de l'influenza et M^{me} Chellier dans sa thèse intitulée: *Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale*, a cité plusieurs

cas de fièvre typhoïde venant compliquer le *post-partum*.

L'asthénie nerveuse de la grippe prètera à confusion avec la prostration de la fièvre typhoïde, la forme gastro-intestinale de l'une simulera les symptômes abdominaux de l'autre. Néanmoins, les taches rosées lenticulaires feront défaut dans la grippe, et le séro-diagnostic de Widal sera toujours là pour éviter une erreur de se produire.

La grippe à prédominance thoracique peut également être confondue avec la tuberculose pulmonaire, soit qu'une tuberculose méconnue subisse un coup de fouet du fait de l'accouchement, soit surtout que la grippe prenne la forme pseudo-tuberculeuse. Notons en passant qu'il peut y avoir coïncidence de grippe et de tuberculose (*obs. V*). On tiendra compte de la notion d'épidémicité, des antécédents, des signes pulmonaires du côté des sommets.

Plus rarement la grippe simulera une pneumonie du sommet ou une méningite.

Comme on le voit, le diagnostic de grippe au cours des suites de couches est moins simple qu'il ne paraît au premier abord. Il est surtout à faire avec l'infection puerpérale. Dans les cas légers, nous avons vu que l'examen du pouls donnera alors de précieuses indications.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Comment se comporter en présence de grippe venant compliquer les suites de couches ? La question est plus complexe qu'elle ne le paraît au premier abord, car nous avons vu (*obs. XIII et XIV*) que quelquefois l'infection puerpérale venait s'ajouter à la grippe. Traitera-t-on la grippe seule ? Traitera-t-on l'infection puerpérale ? Enfin, comment se comporter vis-à-vis de l'allaitement et du nouveau-né ? Autant de questions qui intéressent le praticien ; nous allons essayer de répondre à chacune d'elles.

Dans une maternité, la première chose à faire en cas d'épidémie de grippe sera d'isoler les malades atteints, ce sera le meilleur moyen d'éviter la propagation de l'affection. On fera vaporiser dans les salles des essences antiseptiques, on observera minutieusement l'asepsie du nez et de la bouche.

Voilà pour le traitement prophylactique.

De plus on instituera avec certains ménagements un traitement abortif : purgatifs légers, salins de préférence.

Si malgré toutes ces précautions, on se trouve en présence de grippe confirmée, ne laissant aucun doute sur le diagnostic, on appliquera le traitement banal de cette affection.

On mettra la malade au repos absolu, on ordonnera des boissons chaudes, thé, café, un verre de lait toutes les deux heures alternant avec un verre de grog ou de champagne.

Les sels de quinine semblent donner d'excellents résultats, on administrera de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour sauf contre-indication due à une grande faiblesse cardiaque. Le tanin est également un excellent médicament ; il calme les douleurs et la surexcitation cérébrale, il diminue les fluxions des muqueuses et tarit leurs sécrétions. La dose sera de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 par jour en cachets.

Pour favoriser les moyens d'élimination de la toxine grippale, le régime lacté s'imposera, les diurétiques et les laxatifs seront aussi d'excellents adjuvants. L'iodure de caféïne, 0 gr. 50 par jour en solution dans du café, rendra de grands services.

Chaque forme sera traitée ainsi qu'elle le comporte. Les douleurs seront calmées par le pyramidon de préférence à l'antipyrine, à cause de l'action nocive de cette dernière sur le rein et sur le système nerveux. On stimulera l'organisme par des potions de Todd, du champagne, du thé, du café et s'il y a ten-

dance à l'adynamie ou à la syncope on aura recours aux injections sous-cutanées de caféïne ou de strychnine.

L'huile de vaseline mentholée à 2 0,0 sera de mise contre le coryza, les ventouses sèches, les expectorants feront le plus grand bien en cas de bronchite ou de congestion pulmonaire concomitante. Les ventouses scarifiées et les excitants diffusibles comme le chlorydrate ou l'acétate d'ammoniaque seront réservés aux cas plus sérieux, compliqués de pneumonie ou de broncho-pneumonie grippale.

Voilà en quelques mots quel sera le traitement à suivre en présence de grippe confirmée et assez grave.

Durant l'hiver dernier à la clinique Baudelocque, comme les cas signalés étaient relativement bénins, on s'est contenté de quinine, quelques expectorants, quelques ventouses et des boissons chaudes. C'est à peu près tout ce qu'on a fait et néanmoins toutes les malades ont guéri et l'on n'a pas eu à déplorer le moindre accident.

Le point important est de savoir comment se comporter en présence d'un mélange de grippe et d'infection puerpérale. Traitera-t-on la grippe seule, l'infection seule ou bien les deux à la fois ? Voici à notre avis quelle sera la conduite à tenir. Dans les cas bénins on se contentera du traitement ordinaire de la grippe et on ne fera rien ou presque rien contre l'infection. Chez une de nos malades (*obs. XII*), on a donné seulement des injections vaginales fréquentes

et appliqué des compresses chaudes alcoolisées sur la région iliaque droite. Si cependant la température était trop élevée, l'utérus trop douloureux, les lochies un peu odorantes, on ferait quelques injections intra-utérines (*obs. XIV*).

Bien que cela sorte un peu du cadre de notre sujet, il nous paraît intéressant de dire quelques mots de la thérapeutique intra-utérine, d'autant mieux que nous avons apporté, à titre de comparaison, à la fin de notre thèse, deux cas d'infection puerpérale légère (*obs. XV et XVI*).

Dans les cas légers, on aura recours, ainsi que nous l'avons déjà dit, à l'expectation, on se contentera d'injections vaginales fréquentes au biiodure de mercure à 1/4000 et de préférence au permanganate de potasse à 1/1000, ou à l'aniodol à 1/4000, si on soupçonne une susceptibilité particulière de la malade vis-à-vis du mercure.

Dans les cas plus sérieux, on aura recours aux injections intra-utérines. L'utérus offrant une surface absorbante on diminuera le titre des solutions antiseptiques au biiodure à 1/8000 ; il sera même préférable ainsi que le veulent M. Pinard et M. Wallich de ne pas employer du tout le mercure. A la clinique Baudelocque on ne se sert que de l'aniodol à 1/4000 ou à 1/8000 et on s'en trouve fort bien. On introduira avec douceur une sonde plate en verre de Tarnier, et le bock sera maintenu à une hauteur de 0 m. 30 seulement.

Dans les cas tout à fait graves, on aura recours à

l'irrigation continue de Pinard et Varnier, et enfin, si besoin est, au curettage.

En même temps on soutiendra l'organisme par du thé, du café, du champagne, des grogs et des injections de sérum artificiel.

La thérapeutique de la grippe ne paraît pas influencer l'allaitement. A la fin de son rapport à la société d'obstétrique, le 11 mars 1907, notre maître, M. Wallich, constate que la médication n'a en effet nullement influencé l'allaitement ; toutes les femmes ont continué à allaiter leurs enfants comme si rien n'était et s'en sont bien trouvées. Ainsi que le font voir les colonnes de poids ajoutées à la fin de chaque observation, ces enfants ont augmenté régulièrement de poids sauf un seul qui a présenté des abcès multiples (*Obs. X*). Mais dans ce dernier cas on peut se demander si la contagion n'a pas été la cause de l'infection ainsi que le soutient Maucotel dans sa thèse de 1899. Il prétend en effet que la vitalité des enfants est singulièrement compromise par la grippe de la mère. Nous ne partageons pas son opinion. Certes, nous ne nions pas que quand la mère a été gravement atteinte du fait de sa grippe, surtout quand cette grippe a débuté avant l'accouchement, l'enfant ne soit moins résistant, mais dans ce cas-là cette faible vitalité nous paraît être le résultat de la naissance avant terme.

Du reste, si quelques auteurs pensent que l'influenza atteint souvent le nouveau-né, la plupart pensent le contraire, c'est du moins l'avis de Fiessin-

ger, d'Oyonna (Ain), de Comby, de Cadet de Gassicourt, de Vinay, de Seguell et de M^{lle} Schirsky.

En cas d'infection du nouveau-né, voici d'après cette dernière, quels sont les signes sur lesquels on peut se baser pour établir le diagnostic. « Il y a d'abord de la tendance naturelle au refroidissement, l'enfant devient indocile, crie davantage et dort moins, la respiration est gênée par les sécrétions du nez quelquefois un peu sanguinolentes qui se rassemblent en croûtes aux orifices des narines, la voix est rauque, il y a des accès de toux. Les autres symptômes sont la chaleur à la peau, l'angine, la conjonctivite, les troubles digestifs, accompagnés de muguet, un peu de somnolence et l'accélération de la respiration et du pouls. »

Mais nous le répétons, c'est l'exception. Au moment où la mère est en puissance de grippe, de deux choses l'une : ou l'enfant a été contagionné et alors ce ne sera pas un moyen de le guérir que de le séparer de sa mère, ou bien l'enfant n'a encore rien eu et dans ce cas-là, étant donné l'immunité fréquente de l'enfant, il y a peu ou rien à craindre et il semble préférable en toute circonstance de conseiller la continuation de l'allaitement.

Plus rarement la grippe simulera une pneumonie du sommet ou une méningite.

Comme on le voit, le diagnostic de grippe au cours des suites de couches est moins simple qu'il ne paraît au premier abord. Il est surtout à faire avec l'infection puerpérale. Dans les cas légers, nous avons

vu que l'examen du poulx donnera alors de précieuses indications.

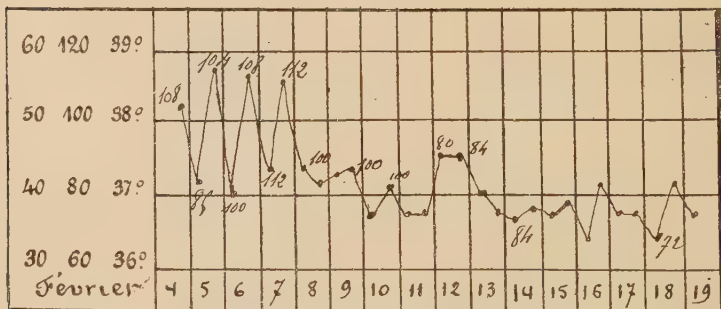
Observation VIII (personnelle).

Grippe antérieure à l'accouchement.

Primipare de 22 ans, entre à la clinique Baudelocque le 1^{er} février à 7 heures du matin. Antécédents héréditaires et pathologiques, rien de particulier. Réglée à 12 ans 1/2 régulièrement.

Dernières règles du 20 au 23 avril, à terme par conséquent. C'est une femme qui vient de chez elle, autographe, travaille assise et se repose depuis quatre mois.

Quand elle est arrivée à la clinique elle avait déjà la grippe depuis plusieurs jours.



Le travail a été particulièrement laborieux. Envoyée en ville chez une sage-femme, elle y arrive à 9 heures. Le lendemain à 11 heures, il semble à cette dernière que la dilatation soit complète. Elle fait prévenir le chef de clinique qui constatant qu'il existe encore un petit bourrelet diffère l'application de forceps. A 11 heures du soir, même état.

Le 3 février à 8 heures du matin, l'état ne se modifiant pas, la femme est ramenée à la clinique Baudelocque où la dilatation se complète à 9 heures.

A 10 h. 30, les contractions utérines demeurant rares et inefficaces, la tête ne progressant pas, la femme étant très fatiguée, on décide une application de forceps.

A 11 heures, le toucher manuel révèle l'orientation de la tête en occipito-postérieure directe, l'application a lieu et on extrait à 11 heures 15 un enfant du poids de 3780 grammes. Il se produit une déchirure du périnée et de la partie tout inférieure du bord gauche du vagin. Le poulx s'élevant de 92 à 96, 104, 112, on pratique une délivrance artificielle, on suture le périnée et le 4 février à 7 heures du soir, on pratique une injection intra-utérine qui ne ramène aucun débris.

Le 5 février, nouvelle injection intra-utérine qui revient sale, mais sans débris. S. A. 80 grammes.

Le 6, encore une nouvelle injection qui ne ramène rien.

A l'auscultation on constate que la malade tousse. Ventouses et expectorants et la malade guérit.

Poids successifs de l'enfant :

2^e j. 3530 ; 3^e j. 3490 ; 4^e j. 3510 ; 5^e j. 3590 ; 6^e j. 3650 ;
7^e j. 3700 ; 8^e j. 3750 ; 9^e j. 3800 ; 10^e j. 3850 ; 11^e j. 3880 ;
12^e j. 3900 ; 13^e j. 3930 ; 14^e j. 3950 ; 15^e j. 3830 ; 16^e j. 3850 ;
17^e j. 3800 ; 18^e j. 3850.

Observation IX (personnelle).

*Grippe apparaissant le cinquième jour après
l'accouchement.*

Primipare de 20 ans. Antécédents héréditaires et patho-

ou presque rien, à part des injections vaginales à l'aniodol, comme traitement local. Léger frisson le 21 février.

On ne peut malheureusement pas suivre la malade, car malgré toutes les recommandations, elle sort sur sa demande le 24 février avec une température de 39° 2 et un pouls à 100.

Poids successifs de l'enfant :

2° j. 2720 ; 3° j. 2750 ; 4° j. 2770 ; 5° j. 2800 ; 6° j. 2830 ;
7° j. 2900 ; 8° j. 2930 ; 9° j. 2970 ; 10° j. 3000 ; 11° j. 2880 ;
12° j. 3000 ; 13° j. 3080 ; 14° j. 3030.

Observation X (personnelle).

Grippe apparaissant le sixième jour après l'accouchement.

Abcès chez le nourrisson.

Femme Clémentine M..., 19 ans, primipare, entrée le 7 février à 1 heure du matin. Antécédents héréditaires excellents. Réglée à 14 ans régulièrement.

P. R. à 18 ans.

Dernières règles du 29 mai au 2 juin. Domestique de ferme fatiguant beaucoup et venue exprès à Paris pour accoucher. Premières contractions utérines douloureuses en chemin de fer peu après la rupture des membranes.

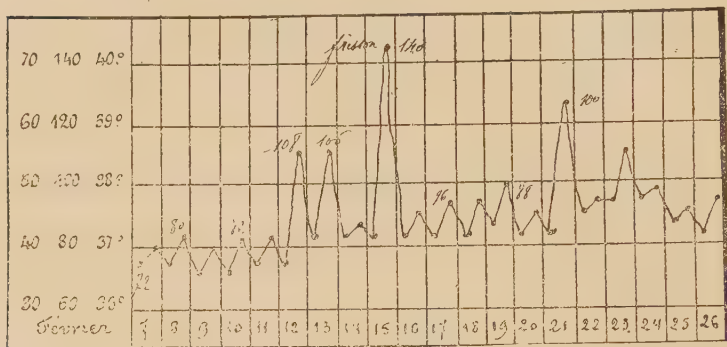
Dilatation complète à 2 heures du matin, et expulsion à 2 h. 10 d'un enfant vivant, du sexe féminin, du poids de 2.380 grammes.

Au moment de l'accouchement, température 38° 6 et pouls 72.

Le sixième jour, température 38° 6, et pouls 108. Deux jours après, frisson violent, le thermomètre accuse 40° 3 et le pouls est à 140. Chute, et nouvelle élévation à 39° 4 le quinzième

jour avec 100 au poulx et ainsi de suite pendant plusieurs jours.

La malade sort guérie.



L'augmentation du poids de l'enfant, régulière les premiers jours, baisse ensuite. Abscès multiples au niveau de l'aîne, de la jambe gauche et du poignet droit.

Poids successifs de l'enfant :

2^e j. 2300 ; 3^e j. 2280 ; 4^e j. 2250 ; 5^e j. 2200 ; 6^e j. 2240 ; 7^e j. 2300 ; 8^e j. 2360 ; 9^e j. 2340 ; 10^e j. 2330 ; 11^e j. 2370 ; 12^e j. 2400 ; 13^e j. 2420 ; 14^e j. 2480 ; 15^e j. 2600 ; 16^e j. 2690 ; 17^e j. 2750 ; 18^e j. 2720.

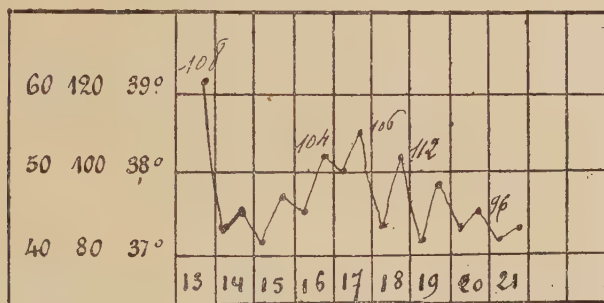
Observation XI (personnelle).

Grippe apparue un mois avant l'accouchement.

Marie G..., primipare, 24 ans, entrée à la salle de travail le 13 février à midi. Bons antécédents. Régliée un peu tardivement à 19 ans ; premiers rapports à 23 ans.

Dernières règles du 8 au 14 mai. C'est une imprimeuse qui travaille debout, mais se repose depuis trois semaines. Pas d'accidents de saturnisme.

Le 13 février à 3 h. 30 du soir, la femme a expulsé un garçon vivant du poids de 3.260 grammes. Pouls 108, température 39°2. La parturiente avait déjà eu auparavant des frissons et des douleurs lombaires.



Février

Les jours qui suivent la délivrance, la température après avoir baissé est remontée aux environs de 38° avec un pouls de 104, 106 et 112. Au neuvième jour, le thermomètre est descendu aux environs de 37°, avec un pouls à 96.

La femme sort à ce moment sur sa demande.

Poids successifs de l'enfant :

2^e j. 3250 ; 3^e j. 3300 ; 4^e j. 3300 ; 5^e j. 3520 ; 6^e j. 3550 ; 7^e j. 3580 ; 8^e j. 3600 ; 9^e j. 3600.

Observation XII (personnelle).

Femme ayant présenté au cours de sa grossesse des symptômes douteux de tuberculose pulmonaire.

Marie M., 28 ans ; III-pare, entrée à la salle de travail le 9 février.

Bien réglée à 16 ans, premiers rapports à 23 ans. Scarlatine à 8 ans.

Température : 36°5, et pouls : 66.

Le 16 février, température : 38°4, pouls : 104. Chute le 17 et nouvelle élévation avec 39°4, et 120 au pouls deux jours après. Plusieurs jours le thermomètre oscille autour de 38°, baisse à 37°, et s'élève le 25 février à 39°4 avec 120 au pouls, puis chute et oscillations autour de 37°5.

La malade sort le 28 avec une fièvre légère et 96 au pouls.

Durant ce laps de temps, injections vaginales fréquentes, quinine, antipyrine. Compresses chaudes alcoolisées sur la région iliaque droite.

Poids successifs de l'enfant :

2° j. 3050 ; 3° j. 3050 ; 4° j. 3080 ; 5° j. 3120 ; 6° j. 3170 ;
7° j. 3280 ; 8° j. 3250 ; 9° j. 3300 ; 10° j. 3350 ; 11° j. 3400 ;
12° j. 3450 ; 13° j. 3480 ; 14° j. 3530 ; 15 j. 3580 ; 16° j.
3620 ; 17° j. 3650 ; 18° j. 3700 ; 19° j. 3720 ; 20° j. 3770.

Observation XIII (personnelle).

Basiotripsie.

Femme de 40 ans, III-pare, entrée le 13 février à 8 h. 30 du matin.

Réglée à 16 ans régulièrement. Premiers rapports à 25 ans.

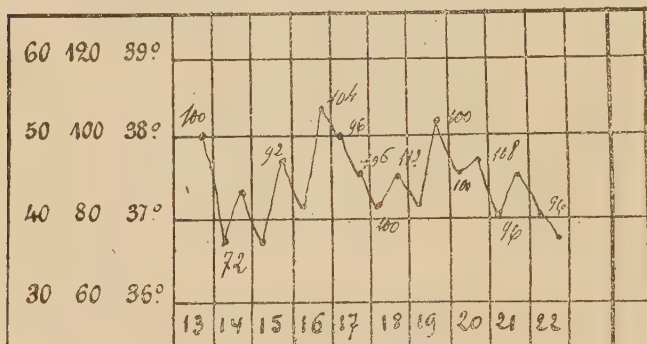
Premier accouchement en avril 1903, chez elle, à terme forceps, garçon extrait mort.

Deuxième accouchement en mai 1904. Nouvelle application de forceps, garçon extrait mort. Le travail dura cinq jours, fistule vésico-vaginale.

Dernières règles du 5 au 6 mai.

Femme très grosse à parois abdominales très épaisses, œdème sus-pubien. Entre en travail le 13 février à 7 h. 30 du matin. Membranes rompues une demi-heure auparavant.

A l'examen, on trouve la tête orientée en droite transverse, les bruits du cœur sont nuls. Basiotripsie, extraction d'un enfant mort, délivrance artificielle et injection intra-utérine.



Février

Après la délivrance, la température est à 36°8 et le pouls à 96. Deux jours plus tard, la température s'élève à 38°2 et le pouls à 104. Chute les quatrième et cinquième jours à 36°8 et nouvelle élévation aux environs de 38° le sixième jour avec 112 au pouls.

Le 19 février, 38°2 et 100 au pouls.

Le 28 février, chute définitive de la température, mais le pouls reste aux environs de 90.

La malade sort guérie.

Observation XIV (personnelle).

Forceps.

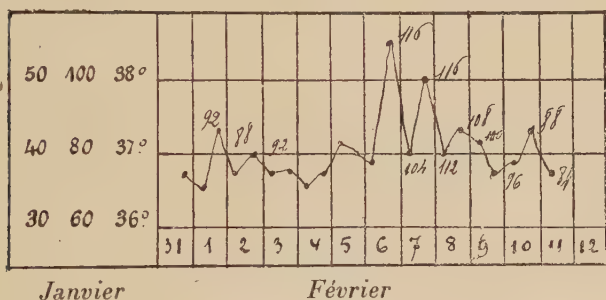
Marguerite D..., primipare, 31 ans, entrée le 20 janvier à 5 h. 45 du matin. Mère morte d'affection pulmonaire à 36 ans. Fièvre typhoïde à 12 ans et fluxion de poitrine à 25 ans.

Réglée à 11 ans, régulièrement.

Premiers rapports à 30 ans.

Dernières règles du 2 au 6 mai. Derniers rapports il y quatre jours.

Le travail a été très laborieux. A son arrivée, on constate un épaississement extrêmement considérable de la paroi abdominale. La palpation permet de reconnaître une tête profondément engagée en G.A. Bruits du cœur bons. Au toucher, dilatation d'une paume de main, membranes rompues, tête mal fléchie avec bosse séro-sanguine volumineuse. Contractions régulières et cependant l'orifice ne se dilate pas. De 6 h. 30 à 7 h. 30, bain d'une heure qui fait se compléter la dilatation.



Malgré les contractions utérines, la tête mal fléchie ne progresse pas et n'achève pas son mouvement de rotation.

A 9 h. 30 application classique de forceps en G. A., et extraction d'un enfant vivant du poids de 3950 grammes.

Tumeur fibromateuse au fond de l'utérus à droite.

A 10 h. 30, le placenta n'étant pas décollé et le pouls s'élevant à 112, M. Pinard ordonne une délivrance artificielle, mais sous l'action ocytotique de l'eau à 50°, l'utérus se contracte énergiquement et expulse spontanément le placenta.

Quelques lochies fétides le 5 février. Injections vaginales à l'aniodol. Température à 38°6, et pouls à 116.

Le 7 février, injection intra-utérine, liquide sale avec quelques débris. Température 37°, et pouls 112.

Quelques râles dans la poitrine. Quinine et ventouses. Sort sur sa demande le 10 février.

Poids successifs de l'enfant :

2° j. 3650 ; 3° j. 3600 ; 4° j. 3650 ; 5° j. 3630 ; 6° j. 3680 ;
7° j. 3690 ; 8° j. 3700 ; 9° j. 3630 ; 10° j. 3680 ; 11° j. 3680 ;
12° j. 3630.

Observation XV (*personnelle*).

Forceps. Infection puerpérale légère.

Joséphine G..., 21 ans, primipare, entrée à la clinique Baudelocque le 24 février à 1 heure du matin.

Mère vivante, père mort de tuberculose à 33 ans, cinq frères et sœurs vivants, deux frères morts en bas âge.

Réglée régulièrement à 14 ans. Premiers rapports à 20 ans. Dernières règles du 21 au 28 mai.

A son entrée à la salle de travail, le 24 février à 5 heures du matin, le palper fait constater une hauteur utérine de 39 centimètres et une présentation de l'extrémité céphalique qui déborde légèrement la symphyse du pubis.

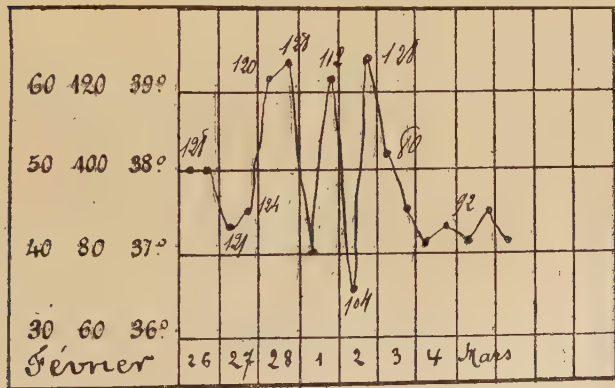
Le toucher permet de constater une dilatation de 1 franc, membranes intactes bombant fortement dans l'intervalle des contractions, tête fœtale haut située, promontoire accessible. La parturiente ayant un écoulement muco-purulent, on fait des injections vaginales à l'aniodol toutes les deux heures.

Le 24 février à midi, dilatation de 5 francs, contractions utérines espacées toutes les dix minutes environ.

Le 24 à 10 heures du soir, dilatation d'une petite paume de main.

Le 25 à 3 heures du matin, la dilatation augmente, la tête se fixe, bruits du cœur bons. A 8 h. 45, la dilatation est complète, la poche des eaux arrive à la vulve. La tête descend dans la partie haute de l'excavation. Rupture artificielle des membranes, liquide vert purée, avec 37°5 de température et pouls à 112. Bruits du cœur accélérés.

A 9 heures, on fait une application de forceps dans la partie haute de l'excavation en droite transverse. On extrait ainsi un enfant du sexe féminin du poids du 3570 grammes, né en état syncopal; désobstruction des voies respiratoires et l'enfant crie aussitôt.



Cinq minutes plus tard délivrance artificielle.

Le 26, injection intra-utérine qui revient sale et ramène quelques débris. S. A. 80 grammes.

Le 27, S. A. 80 grammes. Injections vaginales toutes les

trois heures et entre temps injection intra-utérine qui ramène quelques débris.

Le 28, S. A. 80 grammes.

Le 1^{er} mars, escharres se forment touchées à l'iode.

Le 2 mars, épitaxis.

L'enfant ne prenant pas bien le sein, on complète l'alimentation par du lait stérilisé.

La malade sort guérie quelques jours plus tard.

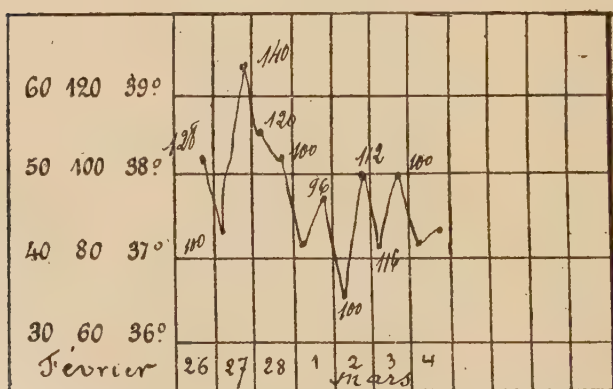
Observation XVI (personnelle).

Fibromes. Infection puerpérale légère.

Lucie H..., secondipare, 36 ans, entrée le 26 février à 2 h. 30 du matin. Mère morte à 24 ans d'infection puerpérale.

Réglée à 14 ans régulièrement.

Premiers rapports à 30 ans.



Premier accouchement en novembre 1902 chez elle, sommet spontané à terme, garçon nourri au sein maternel, jusqu'à 16 mois.

Dernières règles du 10 au 18 mai. Probablement à terme.

A l'examen, on constate un utérus fibromateux possesseur de deux petits fibromes du volume respectif d'une noix et d'une noisette. Le premier de ces fibromes est inséré au fond et pédiculé.

Le 26 février, à 3 h. 15 du matin, expulsion d'un garçon vivant de 3950 grammes. Température 38°, pouls 128.

Le 27, S. A. 80 grammes, injections vaginales toutes les trois heures. Température 39°4, pouls 140.

Le 28, injection intra-utérine qui ramène un liquide sale. Température 39°2, pouls 120.

Le 4 mars, la température baisse, mais le pouls reste fréquent.

La malade sort guérie dans la suite.

CONCLUSIONS

En résumé, nous avons essayé d'opposer les allures assez caractéristiques de l'infection puerpérale à la symptomatologie souvent mal déterminée des infections grippales. Nous arrivons à conclure avec notre maître, M. le professeur Wallich, que la grippe au cours des suites de couches peut, dans certains cas, être distinguée de l'infection puerpérale par la fréquente persistance du pouls observée dans cette dernière affection.

Le diagnostic est plus difficile quand il s'agit de grippe à complications graves et aussi quand la grippe se complique d'infection puerpérale.

Au point de vue du traitement, il y a lieu d'instituer le traitement ordinaire de la grippe, et l'on ne doit recourir au traitement intra-utérin de l'infection puerpérale que si cette médication se trouve nettement indiquée.

Il résulte de nos observations que l'allaitement doit être continué, et que cette conduite fait courir moins de risques à l'enfant que si l'on prend la grave détermination de le séparer de sa mère.

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMANN. — Étude de la grippe dans la grossesse et les suites de couches (*Sem. méd. de Munich*, 1890, n° 9, p. 169).
- BAR ET BOULLÉ. — Grippe et puerpéralité, 50 cas de grippe chez des femmes enceintes et accouchées (*L'Obstétrique*, 15 mai 1898).
- BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements. Paris, 1807, t. II, p. 378.
- CAZEAUX. — Traité d'accouchements, 1862, p. 359.
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Traité de médecine, éd. de 1905, art. grippe.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchements, 1889, t. I, p. 605.
- CHARRIN ET DUCLERT. — Des conditions qui règlent le passage des microbes à travers le placenta (*Comptes rendus de la société de biologie*, 1894).
- CHELLIER DOROTHÉE (M^{me}). — Fièvre typhoïde et fièvre puerérale. *Th. de Paris*, 1894.
- GOTTSCHALK. — *Centrabl. für. Gyn.*, 1890, p. 41, n° 3.
- HENNIG. — Gesellschaftesbercht f. Geb. zur Leipzig, 17 mars 1890. *Centrabl. f. Gyn.*, 1890, n° 34, p. 619.
- HIPPOCRATE. — Opera De Aphorismis, liv. V.
- HULMANN. — Nature de la grippe, 1894.

- JACQUEMIER. — Avortement (*Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, 1^{re} série, VII, p. 548).
- LABADIE ET GOUGET. — La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui. *Annales de gynécologie*, 1881.
- LABADIE-LAGRAVE. — Médecin moderne (fév. 1892).
- LAVIROTTE. — De l'influence de la grippe sur l'état puerpéral (*Gaz. médicale de Lyon*, 1859, p. 359).
- LEHMANN. — Contribution à l'étude des manifestations septicémiques et pyohémiques de la grippe. *Th. de Paris*, 1890.
- LOVIOT. — Grippe et puerpéralité (*Nouv. archives d'obstétrique*, 1893, p. 174).
- MAUCOTEL. — Grippe et grossesse. *Th. de Paris*, 1899.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, 1634.
- MIJNLIEFF. — Action de l'influenza sur la menstruation, la grossesse et les suites de couches (*Nouv. arch. d'obstétrique*, 1890, p. 450).
- MÉNÉTRIER. — Grippe et pneumonie. *Th. de Paris*, 1887.
- MULLER (R.). — *Semaine méd. de Munich*, 1895.
- PINARD, BRISSAUD, RECLUS. — Pratique médico-chirurgicale, art. grippe, 1907.
- PINARD ET WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale, 1896.
- PROUST. — Rapport à l'Académie de médecine sur l'épidémie de grippe de 1890 en France. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 12 avril 1892.
- PAYLOWSKY (M^{lle}). — De la transmission intra-utérine de certaines maladies infectieuses. *Th. de Paris*, 1891.
- QUEIREL. — Grippe et puerpéralité. *Ann. société d'obstétrique de France*, 1895, 1^{re} série, 3^e volume, 1^{er} fascicule, p. 53.
- RIGAL. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. *Th. de Paris*, 1902.
- RUFFIÉ. — Influenza et grossesse d'après les faits observés à Gemenoz. *Th. de Lyon*, 1895.

- SCHIRSKY (M^{lle}). — De la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité (*Th. de Paris*, 1898).
- SEGUELL. — Essai sur l'influenza dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. *Th. de Paris*, 1895.
- STEIN. — Contribution à l'étude des hautes températures dans quelques maladies aiguës, sur la grossesse et l'état puerpéral. *Th. de Paris*, 1889.
- VINAY. — De l'influenza chez les femmes en état de puerpéralité. *Lyon médical*, fév. 1892.
- WALLICH. — Éléments d'obstétrique, page 391, 1907.
— *Compte rendu de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie*. Séance du 11 mars 1907.
- WIDAL FERNAND. — Fièvre puerpérale, phlegmatia, érysipèle. *Th. de Paris*, 1889.

